

## **POBIERANIE NARZĄDÓW PO NIEODWRACALNYM ZATRZYMANIU KRAŻENIA**

– Piotr Grzegorz Nowak –

Reguła martwego dawcy zabrania „zabijać pacjentów na narządy” i zabrania pobierania niezbędnych do życia organów od żywych pacjentów. Jeśli jednak organy mają się do czegośkolwiek nadawać, to przeszczep musi nastąpić jak najszybciej po śmierci pacjenta, by uniknąć ich uszkodzenia. Konieczne jest więc posłużenie się precyzyjnymi kryteriami stwierdzania śmierci. Istnieją dwa rodzaje takich kryteriów – neurologiczne i krążeniowe. Nieco upraszczając, kryteria neurologiczne opierają się na przeprowadzeniu szeregu testów, w których lekarze sprawdzają obecność odruchów zapośredniczonych przez pień mózgu, jak np. odruch żreniczny. Testy te muszą być po upływie kilku godzin powtórzone. Pień jest najbardziej żywotną częścią mózgu, dlatego też właśnie jego funkcje są sprawdzane. Natomiast kryteria krążeniowe opierają się na stwierdzeniu trwającego odpowiednio długo zatrzymania krążenia.

W 2015 roku w Polsce przeszczepiono pierwszych sześć nerek w ramach rozpoczętego wtedy programu pobierania narządów po stwierdzeniu śmierci za pomocą kryteriów krążeniowych (DCDD – *donation after circulatory determination of death*), a w 2016 wykorzystano narządy pobrane od siedmiu dawców tego rodzaju. Na świecie narządy pobierane po zatrzymaniu krążenia stanowią coraz większą część wszystkich przeszczepianych organów, o czym świadczyć może przykład Wielkiej Brytanii, gdzie w 2007 r. tego rodzaju przeszczepy stanowiły 19% wszystkich transplantacji od martwych dawców, a w 2016 stanowiły już 43%. Także w naszym kraju potencjał tego rodzaju dawstwa jest bardzo wysoki. Z wyliczeń Macieja Kosieradzkiego wynika, że gdyby tego typu program został wprowadzony w 2011 roku, to można by tylko w tym roku uzyskać nawet 226 nerek od 113 dawców w samej Warszawie. To imponująca liczba, biorąc pod uwagę, że w tym samym roku w całej Polsce przeszczepiono nerki pobrane od dawców, których śmierć stwierdzono w oparciu o kryteria neurologiczne, jedynie 1002 biorcom.

Istnieją dwa rodzaje dawstwa na zasadzie DCDD – przypadki niekontrolowane oraz kontrolowane. Do pierwszego typu zalicza się pobrania od ofiar niespodziewanych wypadków, u których nastąpiło nagłe zatrzymanie krążenia, a resuscytacja okazała się nieskuteczna (właśnie tego rodzaju dawstwa dotyczą szacunki Kosieradzkiego). Drugi rodzaj dawstwa obejmuje pobrania narządów od pacjentów, u których doszło do zatrzymania krążenia w wyniku rezygnacji z terapii daremnej. Ze względu na to, że w Polsce wciąż są problemy ze stworzeniem odpowiednich ram prawnych regulujących rezygnację z terapii daremnej (istnieją w tej sprawie jedynie niewiążące wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz dość enigmatyczny artykuł 32 kodeksu etyki lekarskiej), nie planuje się obecnie pobierania narządów w tego

typu przypadkach. Można jednak mieć nadzieję, że zmieni się to w przyszłości, dlatego warto rozważyć pewną kontrowersję, która wiąże się ze stwierdzaniem śmierci właśnie w przypadkach kontrolowanych.

Zgodnie z prawem, aby stwierdzić śmierć w oparciu o kryteria krążeniowe musi dojść do nieodwracalnego zatrzymania krążenia. W praktyce najczęściej wymagane jest, żeby zatrzymanie krążenia trwało 5 minut. Czy po tak krótkim okresie krążenie rzeczywiście jest zatrzymane nieodwracalnie i czy w związku z tym pobieranie narządów w ramach programu kontrolowanego DCDD nie narusza reguły martwego dawcy? Jeśli przez nieodwracalne zatrzymanie funkcji x rozumie się to, że nie ma możliwości, aby x zostało przywrócone, w takim wypadku pięciominutowy okres jest bez wątpienia zbyt krótki. Powszechnie wiadomo, że krążenie da się niekiedy przywrócić, stosując resuscytację w czasie przekraczającym 5 minut od jego zatrzymania.

Zwolennicy DCDD próbują jednak pogodzić stosowanie tej procedury z regułą martwego dawcy, argumentując, że wyrażenie „nieodwracalne zatrzymanie krążenia” należy rozumieć w niestandardowy sposób. Autorzy raportu *Controversies in Determination of Death* zwracają uwagę, że reanimacja pacjenta, u którego zatrzymanie krążenia trwało przez czas wymagany w ramach procedury DCDD, z etycznego punktu widzenia byłaby wykluczona „ponieważ praktyka kontrolowanego [DCDD] jest oparta na założeniu, że rodzina danej osoby zdecydowała się zezwolić na rezygnację z interwencji podtrzymujących życie i chciałaby w związku z tym, aby wstrzymano się od wszelkich starań, które mogłyby zapobiec śmierci pacjenta (być może zgadzając się na wydanie dyspozycji «nie reanimować»”. Biorąc pod uwagę to wytłumaczenie, można przyjąć takie rozumienie „nieodwracalności”, które najtrafniej byłoby chyba nazwać „nieodwracalnością normatywną” lub, jak proponują Robert Veatch i Lainie Ross, „nieodwracalnością prawną”. Inni bioetycy, mając mniej więcej to samo na myśli, posługują się wyrażeniem „trwałe zatrzymanie krążenia”. W tym sensie o nieodwracalności zatrzymania krążenia można mówić wtedy, gdy wiadomo, że nie powróci ono samoistnie i w rzeczywistości nie zostanie przywrócone za pomocą dostępnej technologii, ponieważ byłoby to nieetyczne (mając na uwadze poszanowanie decyzji pacjenta lub decyzji podjętej w jego imieniu przez rodzinę lub wreszcie mając na uwadze to, że przywrócenie krążenia mogłoby być dla pacjenta szkodliwe, jeśli wiązałoby się z odzyskaniem świadomości i wrażliwości na ból). Z tej perspektywy niezwykle istotne mogą okazać się dane na temat tego, do jakiego momentu możliwa jest autoresuscytacja serca, czyli samoczynny powrót czynności tego organu. Obecnie uznaje się, że jest ona możliwa jedynie po nieudanej resuscytacji-krążeniowo oddechowej i może do niej dojść nawet do pół godziny od zaprzestania tej ostatniej. Dane na ten temat są jednak niezwykle ubogie i słabej jakości. Niezależnie od wątpliwości dotyczących autoresuscytacji, proponowanemu przeformułowaniu potocznego rozumienia nieodwracalności można zarzucić, że prowadzi ono do nieuprawnionego zrównania prognozy śmierci ze stwierdzeniem śmierci. Jest to zresztą szczególnie widoczne we fragmencie przytoczonego powyżej cytatu z raportu *Controversies in Determination of Death*.

Inny problem jest taki, że taka interpretacja jest sprzeczna z intuicyjnym rozumieniem „nieodwracalności”. Wyobraźmy sobie, że zdrowy sportowiec w wyniku wypadku samochodowego doznaje ciężkiego uszkodzenia mózgu, które jednak nie jest

na tyle poważne, aby można było stwierdzić śmierć w oparciu o kryteria neurologiczne. Lekarze nie mają wątpliwości, że pacjent umrze w ciągu najbliższych 24 godzin, jednakże choć jest on nieprzytomny i nie jest w stanie sam oddychać bez pomocy respiratora, to jednak można u niego stwierdzić odruch źreniczny, co świadczy o tym, że zostały zachowane niektóre funkcje pnia mózgu. Początkowo lekarze oraz rodzina zgadzają się, że dalsza terapia podtrzymująca życie jest daremna, w związku z tym następuje odłączenie respiratora, a następnie zatrzymanie krążenia, które nie powraca samoistnie przez okres kolejnych pięciu minut. Zostaje stwierdzona śmierć, a zmarły ma właśnie zostać zabrany na salę operacyjną w celu pobrania narządów. Jednakże rodzice mężczyzny w przypiływie rozpaczy zmieniają zdanie i kategorycznie żądają od lekarza podjęcia próby resuscytacji. Ten zgadza się i skutecznie przywraca krążenie (opisany tu przykład stanowi zmodyfikowaną wersję przypadku analizowanego przez Franklina Millera i Roberta Truoga w książce *Death, Dying, and Organ Transplantation*, s. 105-106). Czy w tej sytuacji można powiedzieć, że pacjent umarł, a następnie został przez lekarza ożywiony? Normatywne rozumienie nieodwracalności zdaje się dopuszczać taką możliwość, co stawia pod znakiem zapytania to, czy nieodwracalność normatywna stanowi w ogóle jakąś formę szeroko pojętej nieodwracalności. Może raczej jest tak, że normatywna nieodwracalność ma się do nieodwracalności tak jak fałszywe pieniądze do prawdziwych?

Problemy, na które natrafiamy, zastanawiając się nad krążeniowym kryterium śmierci, wynikają stąd, że prawna definicja śmierci traktuje kryterium „nieodwracalnego zatrzymania krążenia” jako niezależne od wpływu krążenia na mózg. Tymczasem, aby stwierdzić śmierć w oparciu o to ostatnie kryterium zatrzymanie krążenia nie musi wcale być nieodwracalne w którymkolwiek sensie, lecz po prostu wystarczająco długie, aby można było mieć dostateczną pewność, że nastąpiła śmierć mózgu. Możemy się o tym przekonać przeprowadzając następujący eksperyment myślowy: wyobraźmy sobie, że dobie po śmierci mózgu dochodzi jeszcze do autoresuscytacji serca i powrotu krążenia na kilka minut. Krążenie, które powraca nie wpływa jednak w żaden sposób na stan mózgu. Czy uznalibyśmy ten epizod autoresuscytacji za istotny dla życia? Sądzę, że nie. Kryterium krążeniowe jest więc zależne od neurologicznego, czego obecne regulacje prawne nie oddają w pełni. Problem w tym, że nie wiadomo, jak długi okres zatrzymania krążenia prowadzi do śmierci mózgu. Można jednak przypuszczać, że jest to czas przekraczający 10 minut, w związku z tym wiele obecnie stosowanych na świecie procedur DCDD może naruszać regułę martwego dawcy.

## Literatura

- Marquis D. (2010), *Are DCD Donors Dead?*, „Hastings Center Report” 40 (3): 24–31.  
Miller F.G., Truog R.D. (2012), *Death, Dying, and Organ Transplantation: Reconstructing Medical Ethics at the End of Life*, Oxford University Press, Oxford.  
Nowak P.G. (2017), *Pluralistyczna Teoria Alokacji Narządów*, „Diametros” 51: 113–136.  
Veatch R.M., Ross L.F. (2015), *Transplantation Ethics*, Georgetown University Press, Waszyngton.

Piotr Grzegorz Nowak – asystent naukowy w Zakładzie Badań nad Etyką Zawodową w Instytucie Filozofii Uniwersytetu Jagiellońskiego, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Bioetycznego.

W artykule wykorzystałem fragmenty pracy doktorskiej *Problemy etyczne związane z pobieraniem i alokacją narządów pochodzących od zmarłych*.

Artykuł powstał dzięki dofinansowaniu z Instytutu Filozofii UJ w ramach projektu „Zintegrowany system zdalnego nauczania w IF UJ”.